

## CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES DE PACIENTES EM ALTA HOSPITALAR\*

Ana Paula Felix<sup>1</sup>, Andreia Pereira Martins<sup>2</sup>, Ana Maria Dyniewicz<sup>3</sup>

**RESUMO:** Um projeto foi desenvolvido para cuidador de pacientes com seqüelas neurológicas, com a finalidade de capacitá-lo ao cuidado no domicílio em neurologia clínica e cirúrgica de hospital universitário. A capacitação foi conduzida por enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeuta. A metodologia foi identificação do paciente e do cuidador; avaliação da equipe; diário, avaliação e relato de caso. O artigo descreve essas fases, com 12 pacientes ao longo do ano de 2004, analisa o andamento e aponta caminhos que implementem o projeto. Dentre as potencialidades do projeto destacam-se: acesso aos pacientes e prontuários; segurança dos familiares e pacientes para alta; colaboração nas unidades; acesso à bibliografia, materiais e equipamentos. Dentre as limitações são citadas: sobrecarga de trabalho; organização da equipe e disponibilidade do cuidador. Percebeu-se no projeto o exercício da autonomia profissional, embora se reconheça que entrosamento entre a equipe e condições de trabalho sejam complexos e requeiram esforço para organizar, implantar e avaliar ações educativas.

**PALAVRAS CHAVE:** Cuidadores; Doença crônica; Equipe multiprofissional.

## CAREGIVERS' QUALIFICATION OF DISCHARGED PATIENTS

**ABSTRACT:** A project was developed targeting caregivers of patients with neurological sequelae and aiming their home care qualification on clinic and surgical neurology at a teaching hospital. Qualification was carried out by nurses, nutritionists and physical therapists. Methodology was patient and caregiver's identification, team assessment, daily report, evaluation and case report. The article describes such steps, with 12 patients along 2004, analyzing follow up and pointing out ways for implementation. Among the project potentialities, it can be pointed out: access to patients and records; families' and patients' security at discharge; collaboration at the units; access to bibliography, supplies and equipment. Among the shortcomings, it can be mentioned: work overload; team's organization and caregivers' availability. The exercise of professional autonomy was evidenced in the project although team harmony and working conditions are complex and efforts are demanded in order to organize, implement and assess educational actions.

**KEYWORDS:** Caregivers; Chronic Disease; Multiprofessional team.

## CAPACITACIÓN DE CUIDADORES DE PACIENTES DE ALTA HOSPITALARIA

**RESUMEN:** Fue desarrollado un proyecto para el cuidador de pacientes con secuelas neurológicas, a fin de capacitarlo al cuidado en domicilio en neurología clínica y quirúrgica de hospital universitario. La capacitación fue conducida por enfermeros, nutricionistas y fisioterapeuta. La metodología fue identificación del paciente y del cuidador; evaluación del equipo; diario, evaluación y relato de caso. El artículo describe esas fases con 12 pacientes a lo largo del año de 2004; analiza la marcha y apunta caminos que implementen el proyecto. Entre las potencialidades, se destacan: acceso a los pacientes y prontuarios; seguridad de los familiares y pacientes para el alta; colaboración en las unidades; acceso a la bibliografía, materiales y equipamientos. Entre las limitaciones, estaban: sobrecarga de trabajo; organización del equipo y disponibilidad del cuidador. Se percibió, en el proyecto, el ejercicio de la autonomía profesional, aunque se reconozca que la relación del equipo y las condiciones de trabajo sean complejas y necesiten de esfuerzo a fin de organizar, implantar y evaluar tales acciones educativas.

**PALABRAS CLAVE:** Cuidadores; Enfermedad crónica; Equipo multiprofesional.

---

\*Excerto de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, desenvolvido no Núcleo de Pesquisas Multiprofissionais-NUPEM.

<sup>1</sup>Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Evangélica do Paraná-FEPAR.

<sup>2</sup>Professora Doutora em Enfermagem. Orientadora.

Autor correspondente

Ana Maria Dyniewicz

Rua Pe. Anchieta, 1965 - CEP - Curitiba PR

E-mail: [anadyni@yahoo.com.br](mailto:anadyni@yahoo.com.br)

Recebido: 10/04/07

Aprovado: 21/11/07

## INTRODUÇÃO

Em 2004, em conjunto com uma equipe multiprofissional, foi desenvolvido um projeto dirigido aos cuidadores de pacientes neurológicos em alta hospitalar. As características desse grupo de pacientes neurológicos eram: portadores de Acidente Vascular Cerebral entre as faixas etárias maiores; traumatismo craniano e lesões de coluna entre os mais jovens, tornando-os dependentes, em diferentes graus, de cuidado domiciliar. As ações educativas referiram-se à capacitação para os cuidados possíveis de serem realizados por leigo em domicílio.

O cuidador familiar diz respeito a uma pessoa da família ou alguém com fortes laços afetivos que oferece atenção à pessoa com seqüela, tendo como objetivo um cuidar a médio e longo prazo, envolvendo, inclusive, aspectos emocionais e afetivos<sup>(1)</sup>.

O projeto com essas características é relevante e requer preparo profissional para agir em conjunto com a família e/ou cuidador, indo além de seus conhecimentos técnicos para compreender a relação paciente-família, sempre levando em consideração as várias e complexas alterações que o paciente possa apresentar<sup>(1)</sup>.

Em um Programa de Acompanhante Hospitalar para Pacientes Geriátricos, adaptou-se toda a realidade de um serviço para identificar as necessidades do idoso, para minimizar os efeitos da hospitalização e capacitar o familiar cuidador para a continuidade dos cuidados em domicílio. Nesta experiência, os familiares que participaram do programa sentiram-se mais confiantes, leves, motivados, apoiados, menos temerosos e menos constrangidos durante processo de aprendizagem e execução dos cuidados<sup>(2)</sup>.

Na prática de cuidar/cuidado com a pessoa doente e fragilizada, a família cuidadora representa uma relação de trocas. Valores e crenças são preservados e repadronizados para se obter uma relação de interação e afetividade, existindo respeito e livre arbítrio entre ambos para que consiga sucesso nessa prática, sem esquecer do vínculo que deve ser estabelecido entre profissional-paciente-família cuidadora<sup>(3)</sup>.

A partir do exposto, este artigo objetiva discorrer sobre algumas das possibilidades e limitações em orientações a procedimentos e cuidados ao paciente neurológico em alta hospitalar na presença de um cuidador leigo, tornando-o capaz de realizar algumas ações de cuidado domiciliar, sem ferir princípios éticos.

Espera-se, assim, colaborar com os profissionais de saúde para que realizem ações ao cuidador familiar

e promovam a compreensão junto a equipe multidisciplinar sobre a relação paciente-família.

## REVISÃO DE LITERATURA

### A doença crônica

Conceitua-se doença crônica como patologia que permanece por um período relativamente longo, fazendo com que muitos adultos vivam com problemas persistentes de saúde e incapacitações<sup>(4)</sup>.

As condições de um doente crônico afetam não só o paciente como também sua família e os seus cuidadores. Deve, portanto, haver um preparo adequado do indivíduo afetado e dos que o cercam. É importante destacar que o processo saúde-doença está interligado às condições vitais da pessoa, condições sócio-político-econômicas e culturais. Se observarmos as causas e predisposições das doenças crônicas, além das genéticas, podemos encontrar causas relacionadas a baixos salários, instabilidade econômica, desemprego, insegurança e estresse<sup>(5)</sup>.

Para se avaliar as condições crônicas da saúde deve-se observar e conhecer o estilo de vida do paciente, tanto no âmbito sócio-econômico como no psicossocial, e a maneira como ele age ao se deparar com mudanças que são impostas pela doença, pois qualquer agravo à saúde, por mais imperceptível que seja, provoca alterações no modo de vida, como de capacidade de trabalho e/ou de executar atividades diárias. A diferença entre uma doença qualquer e a crônica é que nesta as mudanças, geralmente, serão permanentes<sup>(6-7)</sup>.

A condição crônica, tal como trata este trabalho, em relação ao paciente neurológico, provoca perdas nas relações sociais, financeiras, na capacidade física e no lazer. Tais mudanças não acontecem todas de uma só vez: uma pode acarretar a outra, como, por exemplo, as perdas financeiras trazem isolamento social e fazem com que o paciente não se comprometa com o tratamento, originando o descontrole da doença. Por isso, é fundamental o conhecimento da doença e do regime terapêutico para que o autocuidado seja possível, pois, na maioria das vezes, as internações acontecem em virtude de quadros agudos de doenças subseqüentes e não pela cronicidade pré-existente<sup>(6)</sup>.

### O cuidado e o cuidado domiciliar

No Brasil, como consequência da transição

demográfica e epidemiológica, tem-se um retrato de sobrevivência de dependentes, com uma ou mais pessoas suprimindo suas necessidades e realizando atividades da vida diária. Essas pessoas, geralmente, são familiares e, na maioria, mulheres residentes no mesmo domicílio, que se tornam cuidadoras de seus pais, maridos e até mesmo dos filhos. É comprovado por diversos autores e por dados coletados pelo mundo, que as mulheres são as “grandes cuidadoras”, as “cuidadoras tradicionais”<sup>(8)</sup>.

O cuidar/cuidado é formado por abordagem indispensável na atenção ao ser cuidado, principalmente quando é desenvolvido com o objetivo de buscar na cultura do ser humano outras formas para recuperar e manter a saúde, sem esquecer dos aspectos humanísticos para essa assistência, e considerando ainda, questões éticas, as quais nos remetem à idéia de “respeito às verdades que outros trazem de si, a um cuidar sem rótulos”, sem pré-conceitos. Há, também, as questões educativas que se referem à “visão de ser como um campo de possibilidades, aberto à aprendizagem de novos valores em qualquer circunstância e etapas de vida”<sup>(3:179)</sup>.

Nas instituições de saúde, quer sejam em ambulatorios e hospitais, quer em domicílio, encontra-se com frequência familiares e pacientes ansiosos pela alta hospitalar. Por outro lado, é possível deparar com paciente aguardando alta e a família solicitando a permanência no hospital. Encontra-se também a situação em que a família já está toda organizada para receber o paciente, mas este se mostra inseguro em voltar para casa. Há, também, o caso em que as duas partes solicitam a permanência do paciente no hospital<sup>(9)</sup>.

Qualquer que seja a situação, a equipe de saúde precisa estar atenta para a família, buscando identificar como será o enfrentamento do processo para a realização dos cuidados domiciliares. Respeitar a decisão da família é importante, pois toda essa situação envolve valores/questions significativas e não só de ordem administrativa, afinal deverá ser uma assistência conjunta, adequada ao ambiente e as condições ou circunstâncias que estes irão apresentar<sup>(9)</sup>.

É frequente os profissionais de saúde criticarem os familiares quando esses reduzem as visitas, ou não visitam mais seu familiar, ou mesmo quando percebem a chegada da alta hospitalar. Ocorre que os familiares sentem-se inseguros, com temores e dúvidas sobre quando, como e quais deverão ser os cuidados a serem realizados em domicílio<sup>(2)</sup>.

Logo, deve-se atentar para quem cuida, como

são desempenhadas as funções pelo cuidador e pelo paciente em domicílio, pois a relação entre esses fatores interfere no processo de saúde-doença do paciente, nos cuidados com sua saúde, na recuperação e na manutenção dos sucessos já obtidos<sup>(10)</sup>.

Em estudo sobre percepção do cuidado domiciliar entre equipe multiprofissional, foram encontradas respostas que apontaram para aspectos positivos como “ambientalização terapêutica, interação familiar, interação profissional, interação social, contexto familiar, apoio familiar, contexto comunitário, interesse familiar, participação familiar”<sup>(10:408)</sup>. Neste estudo observou-se a importância da presença da família, a interação entre profissionais e comunidade sem esquecer do contexto comunitário para se obter um ambiente terapêutico para um cuidado eficiente. Trata-se de obter um ambiente agradável para a realização do cuidado, priorizando o respeito aos direitos humanos e a relação entre as pessoas envolvidas.

Ainda, no mesmo estudo, a motivação para executar ações de cuidador do paciente apontou para o envolvimento familiar, a co-responsabilidade, interação equipe-família, a contextualização da assistência e o ser humano como um todo. Mais uma vez destaca-se a interação entre equipe de saúde/sistema popular para a realização adequada do cuidado em domicílio. Em síntese, o cuidado domiciliar deve ser antes de uma opção terapêutica, uma opção do sujeito/família. Assim sendo, o paciente desospitalizado não deve ser desinstitucionalizado, tendo sempre um serviço para dar respaldo à família e ao paciente cuidado, sendo “co-responsável pelo cuidado, garantindo a eficiência e eficácia” da assistência<sup>(11:411)</sup>.

Embora o cuidado domiciliar venha crescendo e tomando seu espaço no atendimento à saúde da pessoa desospitalizada, deve-se levar em conta a preparação do ambiente físico, da família e da pessoa cuidadora para obter bons resultados<sup>(12)</sup>.

Porém, na maioria das vezes, as informações que a família recebe de como, quando, onde e de que forma devem cuidar de seu familiar no retorno ao lar são insuficientes e, muitas vezes, quando tais orientações são dadas, não são levadas em consideração as condições do domicílio e a capacidade da família para a viabilização do cuidado<sup>(13)</sup>.

## METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido no Setor de neurologia clínica e cirúrgica de um hospital

universitário, composto de 37 leitos, sendo 31 da neurocirurgia e 6 da neuroclínica. As patologias mais comuns são: acidente vascular cerebral, tumores cerebrais, aneurismas cerebrais, meningites, doença de Alzheimer, entre outras. Como se trata de um hospital com Pronto Socorro, existe um grande número de internamento por trauma crânio encefálico (TCE), lesões de coluna cervical, torácica e lombar, que necessitam de tratamento de emergência com cirurgia imediata, seguida por um período de internamento.

A primeira fase da metodologia ocorreu a partir da aprovação do projeto em Comitê de Ética da Sociedade Evangélica Beneficente, conforme Resolução 196/96, aprovado sob nº. 1377/04. Foi garantido o anonimato dos pacientes e cuidadores, bem como o direito de recusa a participar do estudo ou de serem excluídos se assim o desejassem.

Os envolvidos no projeto eram: uma coordenadora enfermeira, duas enfermeiras assistenciais, duas nutricionistas, uma fisioterapeuta e uma aluna de graduação em Enfermagem. As atividades de orientação aos pacientes ocorreram nos próprios turnos de cada um dos envolvidos no projeto.

É descrita, a seguir, as fases para orientações, aplicadas em doze pacientes.

#### 1ª Fase - Identificação do paciente e do cuidador.

Um ou mais envolvidos no projeto indicava ao coordenador um paciente para fazer parte do projeto; a indicação ocorria a partir de alguns critérios: grau de dependência do paciente<sup>(14)</sup>, paciente com seqüelas e com alta prevista para no mínimo 1 semana, indicação de um cuidador pela família, possibilidade de no mínimo três encontros com o cuidador, paciente morador da região metropolitana, cuidador com educação formal mínima para os propósitos do projeto, disponibilidade do cuidador para comparecer ao hospital, conforme cronograma pré-estabelecido.

#### 2ª Fase - A avaliação multidisciplinar do paciente para orientação ao cuidador.

Foi elaborada uma Ficha de avaliação para a Enfermagem, outra para a Nutrição e outra para a Fisioterapia, com o propósito de identificar necessidades de orientação e/ou procedimentos ao cuidador para elaboração do Plano de Orientação. A Ficha de Enfermagem contava, entre outras informações, com dados sobre exame físico em detalhes sobre a

integridade cutânea, uso de órteses e próteses, condições de motricidade, condições de comunicação oral, aplicação da escala de *Glasgow*, outros dados significativos disponíveis no prontuário, prescrição de orientações e/ou acompanhamento em procedimentos; a assinatura do Termo de Consentimento pelo Cuidador e Paciente. A apresentação do projeto e convite para inclusão de paciente e cuidador era realizada por aquele profissional envolvido no projeto, o qual indicava os participantes depois de análise dos critérios de inclusão citados anteriormente; reunião com a equipe do projeto uma vez por semana, além dos encontros informais nas unidades. Nas reuniões eram apresentados os casos em andamento, as dificuldades encontradas e as soluções pretendidas ou implementadas.

#### 3ª Fase - Diário de campo.

Foi elaborado instrumento próprio para registro das atividades de cada orientador, com um resumo para consulta da equipe do projeto.

O agendamento de orientações, sempre à tarde no horário de visitas, ficou a critério de cada profissional considerando seu tempo disponível, o tempo disponível do cuidador, o planejamento para orientações e/ou cuidados a serem realizados com o paciente na presença do cuidador.

As enfermeiras, nutricionistas e fisioterapeuta organizaram suas orientações, cuidados e procedimentos conforme a disponibilidade de cada uma delas, porque mantinham outras atividades que estavam em curso na unidade, ou seja, não foi delimitado tempo somente para este projeto.

#### 4ª Fase - Referência contra Referência.

Foi enviada uma carta ao responsável da Unidade de Saúde mais próxima da residência do paciente, relatando a história do paciente, as orientações dadas ao cuidador e outras informações que pudessem ajudar a equipe de saúde na continuidade do apoio ao paciente e família.

#### 5ª Fase - Avaliação: relato dos casos.

Durante e após a alta do paciente foram realizados encontros entre os profissionais envolvidos no projeto para discutir o caso e para ajustes no plano de orientações. Foi realizada uma reunião semanal com a coordenadora para a condução do projeto, discussões

de casos, ajustes e avaliações prévias.

RESULTADOS

Estão descritos, a seguir, as possibilidades e limitações encontradas em 12 casos de pacientes e cuidadores orientados. Os cuidadores foram, em sua maioria, um familiar da pessoa portadora de seqüela neurológica. Destaca-se, ainda, a presença feminina

eleita como cuidadora em sua maioria, no papel de esposa ou mãe do paciente em alta. Essa é uma realidade destacada na literatura, revelando que o cuidado domiciliar é realizado principalmente por mulheres<sup>(15-16)</sup>.

Dentre as características dos pacientes orientados destacam-se: 7 do sexo masculino e 5 feminino, na faixa etária acima dos 40 anos e, em sua maioria, portadores de acidente vascular cerebral.

Quadro 1 - Participação dos profissionais no projeto de orientações ao pacientes com seqüela neurológica em alta hospitalar. Curitiba, 2004

Paciente	Análise do prontuário	Enfermeiras		Nutricionistas		Fisioterapeuta	
		Avaliação	Orientações	Avaliação	Orientações	Avaliação	Orientações
01	X	X	X				
02	X						
03	X	X	X			X	X
04	X	X	X			X	X
05	X	X	X				
06	X					X	X
07	X	X	X	X	X	X	X
08		X	X	X	X	X	X
09	X	X	X	X	X		
10	X	X	X				
11	X						
12	X					X	X
Total	11	08	08	03	03	06	06

O Quadro 1, mostra como ocorreram as atividades da equipe multiprofissional nas ações dirigidas aos cuidadores de pacientes. Infelizmente, não foi possível atender plenamente os requisitos metodológicos propostos de orientação de todos os profissionais, para todos os cuidadores selecionados. Essa foi uma limitação do projeto, pois é a equipe multiprofissional que ajuda as famílias nas transformações que ocorrem ao longo do processo, auxiliando com novas e melhores formas de cuidar<sup>(17)</sup>. Ainda, é a colaboração de profissionais que caracteriza, no âmbito institucional, a busca do referencial do trabalho em equipe, visto como uma atividade de maior sucesso quando sistematizada e coordenada.

Nas situações em que todas as pesquisadoras atuaram, verificou-se que a observação, a criatividade e a comunicação representaram ferramentas valiosas

para a orientação de cuidadores, pois permitiram realizar ações mais sistemáticas, mais criteriosas, com atenção particular a cada paciente e seu cuidador.

Em relação às orientações, procedimentos e cuidados realizados, em presença de cuidadores, destacam-se a seguir, no quadro 2, por categoria profissional, aqueles que ocorreram neste projeto.

As orientações de enfermeiras se referem às necessidades humanas básicas, incluindo orientações reforçadas com especificidade pela fisioterapia e nutrição, em especial no que diz respeito à mobilização e alimentação.

As orientações e/ou cuidados realizados junto com o cuidador foram aqueles fundamentalmente necessários e de acordo com a capacidade do cuidador em realizá-los. Essa constatação se configurou muito importante, pois o ato de ensinar o familiar<sup>(10)</sup> deve

ser de acordo com seu grau de compreensão e suas possibilidades para realizar o cuidado. Essa atitude se torna uma ação primordial para se obter o cuidado eficaz.

Quadro 2 – Orientações, procedimentos e, ou cuidados realizados com os pacientes na presença de cuidadores. Curitiba, 2004

<b>Enfermeiras</b>
Higiene corporal
Higiene oral
Hidratação de pele
Uso de fralda descartável e/ou controle de eliminações
Uso de colchão de ar
Mudança de decúbito
Mobilização
Controle de glicemia e pressão arterial
Cuidados com hematomas
Cuidados com traqueostomia
<b>Fisioterapia</b>
Mudança de decúbito
Mobilização global
Posicionamento no leito
Realização de exercícios específicos para cada paciente
Padrão postural e respiratório
Padrão e exercícios respiratórios
Deambulação
<b>Nutrição</b>
Cuidados com preparação, administração e manutenção limpeza de SNG
Preparo de dieta em pó (alimentação enteral artesanal)
Uso de restrição de alimentação
Dietas específicas para cada paciente
Esclarecimento de dúvidas sobre alimentos

Sendo assim, não é suficiente dar orientações ou disponibilizar para a família uma rotina pré-estabelecida de cuidados domiciliares<sup>(9)</sup>. É preciso conhecer as possibilidades do ambiente físico da residência do paciente, sempre respeitando suas particularidades, e orientando conforme as necessidades. Os profissionais devem, igualmente, agir com responsabilidade, procurando saber se as condições estão adequadas para suprir as necessidades do paciente, pois, afinal, “o ambiente terapêutico e o

cuidador familiar cumprem um papel social importante e indispensável para o fortalecimento do sistema de atendimento domiciliar”<sup>(12:293)</sup>.

No entanto, e apesar de reconhecerem a importância de suas ações, de seu valor na continuidade do tratamento em domicílio, de maior segurança para o paciente, os envolvidos no projeto apontaram, como mostra o quadro a seguir, os limites e as possibilidades para a continuidade do projeto nas unidades selecionadas.

Quadro 3 – Síntese dos limites e as possibilidades da atividade dirigida aos cuidadores de pacientes com seqüela neurológica em alta hospitalar. Curitiba, 2004

<b>Limitações</b>
Pouca interação entre a equipe do projeto
Organização dos dados:
- Falta de tempo para ficar no setor e fazer as orientações
- Dificuldade para fazer relatórios (diário de campo)
Problemas com os cuidadores:
- Falta de entendimento sobre as orientações
- Falta de disponibilidade do cuidador nos horários possíveis de orientação
- Atraso nos horários agendados
- Falta de interesse
Sobrecarga de trabalho (falta de tempo para o projeto):
- Para estabelecer e cumprir o horário com o cuidador
- Conseguir uma seqüência de pelo menos 3 dias de orientações
- Montar protocolo de orientações
<b>Possibilidades</b>
Acesso aos pacientes e prontuários
Classificação e seleção de pacientes
Elaboração da orientação a ser dada ao cuidador
Bibliografias e embasamento científico
Perceber o aprendizado do cuidador
Perceber os benefícios concretos para o paciente
Perceber a segurança da família na alta hospitalar
O contato com os familiares
Colaboração da equipe do setor
Fácil o acesso aos materiais para realizar as orientações do cuidado

O quadro 3 reflete que houve possibilidades e limitações para a realização deste projeto. Mostra que

as condições de trabalho parecem absorver os profissionais na busca de soluções imediatas dos problemas nas unidades, impossibilitando-os de despendar tempo para ações que promovam mais segurança ao paciente/cuidadores/famíliares para alta hospitalar.

Embora reconhecidos os benefícios da proposta deste projeto, haveria necessidade de uma reorganização da dinâmica de trabalho para que houvesse maior disponibilidade de profissionais e cuidadores para as orientações necessárias. No entanto, a realidade de prestações de cuidados à saúde na instituição estudada, requeria diferente investimento em cultura organizacional para o andamento de propostas que demandam tempo, pessoal, materiais e equipamentos adequados e necessários aos pacientes com seqüelas e com longo período de reabilitação.

Em síntese, considerando as limitações e as possibilidades descritas, admite-se que nesse primeiro momento a interação da equipe foi problemática, dificultando a elaboração de relatórios, diários de campo, agendamento de horários com os cuidadores e também uma seqüência de pelo menos três dias de orientações. Diante disso, um melhor planejamento auxiliaria na organização, execução e avaliação de ações, para que os objetivos fossem alcançados e se obtivesse maior produtividade no trabalho<sup>(18)</sup>.

A equipe também percebeu a importância do embasamento científico para a atividade profissional, o que facilitou a seleção dos pacientes e a elaboração das orientações. Houve benefícios concretos para o cuidador e o paciente, revelados na segurança que a família demonstrou na alta hospitalar, no aprendizado adquirido e na maior interação entre família e equipe. Essa constatação corrobora a afirmação de que para a família, a equipe multiprofissional deve atuar ensinando o cuidador, incluindo com parcimônia orientações e informações de maior complexidade, respeitando, sempre, os princípios éticos e legais do exercício da profissão e explicando a importância de cada procedimento realizado. Ao mesmo tempo em que resolve situações-problema que possam surgir, orienta quanto às ações benéficas ao cliente, como o consumo de certos alimentos e esclarece as dúvidas que o cuidador venha a apresentar<sup>(10)</sup>.

Foi possível identificar, ainda, que os cuidadores em geral mostraram-se interessados e valorizados, embora alguns apresentassem dificuldades no entendimento das orientações. Uma minoria apresentou falta de interesse e de pontualidade.

A condição de estabelecimento de vínculo com o cuidador é reforçada, pois o cuidado domiciliar vai além da aplicação de técnicas e procedimentos para com o paciente, envolvendo também, fatores como empatia, interesse, preocupação, apoio nos momentos de dificuldade, ensino e orientação ao cuidador. Assim, foi de suma importância estabelecer uma relação/vínculo entre o profissional de saúde, o paciente e o cuidador.

Além do mais, foi importante para os profissionais envolvidos neste estudo informar-se previamente sobre a estrutura familiar ao cuidado, para que pudessem ser previstas as mudanças que poderiam ocorrer na estrutura sócio-econômica e familiar, bem como de que forma essas mudanças afetariam o papel e a posição do cuidador<sup>(8)</sup>.

Para auxiliar nesse sentido, após a alta, foi elaborada carta encaminhada à Unidade Básica de Saúde próxima à casa dos pacientes, informando sobre a sua evolução, o projeto que participou e orientações ao cuidador. No entanto, não foi possível fazer uma avaliação dos resultados dessa ação, pois os profissionais envolvidos no projeto não tiveram disponibilidade para tal atividade. Acreditamos que se houver seguimento de ações semelhantes, nas unidades envolvidas nesse projeto, seja importante a visita domiciliar por equipe multiprofissional para acompanhar, mais de perto, a evolução dos pacientes selecionados.

Esta ação é importante, porque o cuidador familiar deve ser o foco das orientações de como agir em situações críticas, recebendo visitas periódicas da equipe multiprofissional supervisionando e dando continuidade à capacitação<sup>(8)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste trabalho foram mostrar algumas das potencialidades e limitações de uma equipe multiprofissional em orientações, procedimentos e cuidados ao paciente neurológico em alta hospitalar, na presença de um cuidador leigo, tornando-o capaz de realizar algumas ações de cuidado domiciliar, sem ferir princípios éticos.

Como descrito, os objetivos foram parcialmente atingidos, pois mostraram limitações impostas tanto pelas condições de trabalho como aquelas próprias dos profissionais envolvidos, os quais precisariam perceber melhor a potencialidade do projeto, como mais uma maneira de explorar a criatividade e as inovações na prática; de implementar habilidades compatíveis com as exigências requeridas por

familiares e pacientes crônicos; de mobilizar mais seu próprio potencial e de ampliar conhecimentos para tomada de decisões com pacientes e familiares, com fatos e dados que poderiam facilitar soluções no cuidado em domicílio.

Por outro lado, o cotidiano do cuidador no domicílio apresenta desafios de diversas ordens, caracterizando-se como uma prática que necessita de discussão no âmbito das políticas públicas, sociais e de saúde. Também, há fatores culturais, socioeconômicos, de tecnologias apropriadas e de relações familiares influenciando preponderantemente no cuidado domiciliar, logo a troca de saberes e compartilhamento de fazeres tornam o cuidado em domicílio um desafio<sup>(16)</sup>.

Por fim, o desenvolvimento de ações, relatado neste estudo, foi uma oportunidade para o exercício de autonomia do trabalho da enfermeira e de outros profissionais nas suas ações de educadores em saúde, com resposta ao paciente/cuidador e família que careceram de contínuos esclarecimentos, bem como de informações e retroalimentação de orientações relacionadas ao cuidado em domicílio.

## AGRADECIMENTOS

As autores agradecem a colaboração das profissionais: Enfermeira Greice Maria Nuccolo Nastrini, Fisioterapeuta Lídia Reis Dias, Nutricionista Marisane Lopes Coimbra e Nutricionista Gabriela Bergamini Vannucchi.

## REFERÊNCIAS

1. Faro ACM. Atividades realizadas no domicílio pelo cuidador familiar da pessoa com lesão medular. *Rev Paul Enferm.* 2001;20(2):33-43.
2. Schier J, Gonçalves LHT, Lima MGO. Programa de acompanhante hospitalar para paciente geriátrico. *Rev Gaúcha Enferm.* 2003;24(1):61-8.
3. Silva ENF, Gonçalves LHT, Lemos DO. O cuidar/cuidado do idoso doente fragilizado com seu familiar cuidador – fundamentado na teoria de Madeleine Leininger. *Texto Contexto Enferm.* 2000;9(2):178-85.
4. Timby BK. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2001.
5. Vargas PRM, Goçaves LHT. O Marco de referência de trajetória de condições crônicas de Cobin e Strauss em uma situação de cuidado de pessoas idosas. *Texto Contexto Enferm.* 2000;9(2):251-63.
6. Trentini M, Silva DGV, Leimann AH. Mudanças no Estilo de Vida Enfrentados por Pacientes em Condições Crônicas de Saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 1990;11(1):18-28.
7. Muniz MR, Santana MG, Serqueira HCH. O Cuidado de Enfermagem no Contexto Domiciliar: dois lados de uma realidade. *Texto Contexto Enferm.* 2003;12(4):307-13.
8. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3): 861-66.
9. Marcelino SR, Radünz V, Erdmann AL. Cuidado Domiciliar Escolha ou Falta de Opção? *Texto Contexto Enferm.* 2000;9(3):9-21.
10. Lacerda MR, Oliniski SR. A Família e a enfermagem no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. *Texto Contexto Enferm.* 2003;12(4):307-13.
11. Gruner MF, Faria EM. Percepções de um sistema profissional de saúde sobre o cuidado domiciliar terapêutico ao indivíduo (família) portador do HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm.* 2000;9(2):402-13.
12. Fialho AVM, Soares E. Refletindo sobre o cuidado domiciliar, a partir da prática. *Rev Esc Anna Nery Enferm.* 2001;5(3):289-94.
13. Souza SM, Lacerda MR. O Cuidado Transpessoal da Enfermagem Domiciliar a Clientes Neoplásicos e suas Famílias. *Texto Contexto Enferm.* 2000;9(2):726-36.
14. Perroca MG, Gaidizinski RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev Esc Enferm USP.* 1998;32:153-68.
15. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel; 1999.
16. Sena RR, Silva KL, Rates HF, Vivas KL, Queiroz CM, Barreto FO. O cuidado da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. *Cogitare Enferm.* 2006;11(2):124-32.
17. Althoff CR, Elsen IE, Laurindo AC. Família: o foco de cuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 1998;7(2):320-27.
18. Cianciarullo TI. Instrumentos Básicos para o cuidar – um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu; 2000.